



# FC Arsac - Pian Médoc

2017 – 2018 Renseignements concernant le licencié	
Nom :	Catégorie :
Prénom :	Date de Naissance :
Adresse :	
C.P. :	Ville :
Tel :	Email :

Renseignements concernant le père :	Renseignements concernant la mère :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
C.P. : Ville :	C.P. : Ville :
Tel. Domicile : (préciser si liste rouge : "ne pas diffuser")	Tel. Domicile : (préciser si liste rouge : "ne pas diffuser")
Tel. Portable :	Tel. Portable :
Profession :	Profession :
Email :	Email :

## Liste des documents à fournir :

➤ Le formulaire de demande de licence complété et signé

**ATTENTION NOUVEAUTE : certificat médical 2016-2017 valable sous réserve réponses négatives à l'auto-questionnaire médical**

➤ La fiche de renseignement licencié et d'autorisations recto verso

➤ Une photo d'identité couleur (si 1ère licence ou si indiqué dans le formulaire de renouvellement)

➤ Une photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille (1ère licence ou changement de club)

➤ Le règlement de la cotisation : par chèque  ou Espèces   
U6 à U11 : 110 €      U12 à U13 : 140 €      U14 à U18 : 160 €

Comprenant l'équipement : short, chaussettes et survêtement (+ tee-shirt entraînement et sac de U12 à U18) (préciser tailles et pointures)



# FC Arsac - Pian Médoc

**2017 - 2018**

## LICENCIE

Nom et Prénom ..... Date de Naissance.....  
Catégorie.....

## AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné (nom, prénom).....  
responsable légal de (nom, prénom).....

accepte par la présente qu'il soit transporté sur les lieux de match ou d'entraînement par le moyen défini par les responsables du Club (car, véhicule d'un éducateur, d'un responsable du Club ou d'un parent).

Mention manuscrite "Bon pour accord"

A,.....Le.....  
Signature

## AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné (nom, prénom).....  
responsable légal de (nom, prénom).....

accepte par la présente qu'il reçoive tous les soins (y compris toute intervention chirurgicale) rendus nécessaires par son état, et que les responsables du FC Arsac-Pian Médoc le fasse sortir du Centre de soins à l'issue de l'intervention.

Mention manuscrite "Bon pour accord"

A,.....Le.....  
Signature

Recommandations ou contre-indication (alimentaire, médicale, allergies.....).....  
.....

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise la prise de photo de mon enfant (nom, prénom) .....  
pour publication dans la revue ou sur le site internet du Club.

Signature